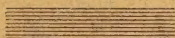


Contribution à l'étude des granules aiguës



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Novembre 1942

PAR

Cyrus VIDAL

Né le 14 Février 1917 à St-Laurent de la Salanque
(Pyrénées-Orientales)

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM.

MATTEI

POINSO
BERTHIER
RECORDIER

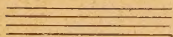
Président

Assesseurs

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE

1 9 4 2

Contribution à l'étude
des granulies aiguës



Contribution à l'étude des granulies aiguës

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Novembre 1942

PAR

Cyrus VIDAL

Né le 14 Février 1917 à St-Laurent de la Salanque
(Pyrénées-Orientales)

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MATTEI
POINSO
BERTHIER
RECORDIER

Président

Assesseurs



Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE
1 9 4 2

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL.

Assesseur : F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE,
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	JORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	POURSINES
Professeur sans chaire	SAUTET
Professeur sans chaire	DUBOULOZ

Chargé de cours

Clinique dermatologique **VIGNE**

Agrégés en exercice

MM.

**BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON**

MM.

**DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON**

Agrégés libres

MM. QUINTARET

PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale **DERRIEN**

Chargés de Cours complémentaire

Anatomie descriptive et topographique **SALMON**
Chimie minérale **ARNOUX**
Clinique des maladies contagieuses **PERIOT**
Médecine opératoire **DOR**
Microbiologie **BOYER**
Neuro-Chirurgie **ARNAUD**
Obstétrique **CHOSSON**
Pharmacodynamie aux Pharmaciens **DELPHAUT**
Psychiatrie **ALLIEZ**
Toxicologie **GUILLOT**
Clinique stomatologique **ACHARD**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A LA MEMOIRE DE NOS GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUS LES MIENS DE PARENTE ET DE CŒUR

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE

A MES CAMARADES ET A MES CHEFS DU 42^e

BATAILLON DE CHASSEURS A PIED

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur MATTEI

qui m'a inspiré le sujet de cette
Thèse et m'a fait le grand honneur
d'en accepter la présidence.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur POINSO

Monsieur le Professeur BERTHIER

Monsieur le Professeur RECORDIER

Respectueusement.

A MONSIEUR LE MEDECIN INSPECTEUR
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES
ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON

A MES MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE A TOULON

A MES CHEFS.

Définition

Delarue a pu appeler granulie « toutes les formes de la tuberculose qui ont pour substratum anatomique exclusif ou nettement prédominant, une dissémination de petits nodules « semblables à des grains de grêle » (Jaccoud), que celle-ci soit également répartie dans tous les viscères ou beaucoup plus abondante dans les poumons, et quelle que soit la nature histologique de ces nodules ».

Dans ce cadre, certains cas présentent une évolution torpide. Pour d'autres, au contraire, l'évolution est rapide : il en est ainsi des Granulies Aiguës qui aboutissent en peu de temps à la mort.

Ces dernières formes qui réalisent le type le plus grave de la tuberculose seront l'objet de nos observations.

Evolution des idées

Lorsque Bayle décrivit, en 1810, la granulation grise, il en fit une production accidentelle.

Plus tard, en 1819, Laennec ouvrit le débat en écrivant au sujet des tubercules miliaires et des granulations :

« Il me paraît indubitable qu'il n'y a d'autre différence entre les uns et les autres que celle qui existe entre un fruit mûr et un fruit vert ».

Finalement, avec Bezançon et Delarue, le nom commun de nodules miliaires se trouve adopté.

L'évolution ne s'est pas seulement effectuée dans la conception anatomique, elle s'est effectuée aussi dans la conception clinique.

Ainsi, Laennec croyait à l'existence d'une autre affection capable de hâter la mort.

Mais en 1825, Louis explique toute la gravité de la seule diffusion des tubercules.

Plus tard, une description de types cliniques divers tend à détruire l'édifice uniciste.

En 1865, Empis décrit la granulie : maladie autonome.

Par la suite, l'unité de la Phtisie est entièrement rétablie.

Finalement, l'étude des granulies à évolution prolongée, des granulies discrètes, des granulies froides, semblerait devoir achever un démembrement anatomo-clinique commencé par les travaux de Bezançon et Braun.

Autant de considérations pouvaient faire dire à Delarue en 1930 :

« Le problème des « granulies » est à l'ordre du jour ».

Pendant que les idées ont évolué au point de vue anatomique et clinique, l'importance de l'image radiologique micro nodulaire n'a cessé de s'affirmer.

Enfin, au milieu de toutes les discussions provoquées par les granulies, la conception pathogénique n'a guère été modifiée.

Ainsi, il était admis dès 1857, avec la Loi de Buhl, que la dissémination granulique était toujours secondaire à un foyer caséux. Et l'on continue d'admettre, avec Bezançon, qu'il s'agit à peu près toujours d'une généralisation de bacilles tuberculeux par voie sanguine, bien que la voie bronchique et la voie lymphatique aient été soutenues.

Pour Albert Giraud, la granulie aiguë correspond à « une dissémination par voie sanguine, dont le point de départ est soit un foyer caséux ancien (car la granulie n'est jamais primitive), soit une primo inoculation relativement fraîche, dans les cas observés essentiellement chez les nourrissons, les enfants et les peuplades dites « vierges » de généralisation précoce.

Les formes dites « primitives » de granulie sont celles qui surviennent chez des sujets pour lesquels elles sont les premières manifestations visibles de la bacillose.

Les formes « secondaires » surviennent chez des sujets porteurs d'un foyer tuberculeux évolutif connu, la granulie apparaissant comme une manifestation consécutive à une tuberculose évidente.

Les deux cas se retrouvent dans nos observations.

Les granulies des observations I, II, III sont dites cliniquement secondaires, celles des observations IV, V, VI sont dites cliniquement primitives.

Observations

OBSERVATION I (Pr. GAUJOUX)

Tuberculose hépatique, tuberculose pulmonaire, ulcéro caséeuse cavitaire.

Granulie : méningite terminale (autopsie).

Mme A... (Aurélié), 60 ans, ménagère, entre dans le service de médecine de l'Hôtel-Dieu, le 5 octobre, parce qu'elle tousse. Cette toux a débuté il y a six mois, elle est maintenant constante.

Le matin à jeun, la malade présente une expectoration muqueuse.

La dyspnée est mal précisée.

L'amaigrissement est très marqué depuis trois semaines.

L'anorexie est nette pour tous les aliments.

Dans les antécédents, on relève que la malade toussait et crachait tous les hivers depuis 40 ans, sans jamais avoir présenté d'hémoptysie. Elle a eu, en outre, 4 avortements.

Elle se plaint de constipation depuis quelques mois.

Le jour de l'entrée à l'Hôpital, on note un léger œdème pré-tibial.

L'abdomen est un peu tendu.

Le foie est nettement hypertrophié : son bord supérieur atteint le 4^e espace intercostal. Quant à son bord inférieur, sur la ligne médiane, il est à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic, et sur la ligne mamelonnaire, on le sent à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Il est régulier, lisse. Pas de douleur à la palpation, pas de reflux hépato-jugulaire.

La rate : on note dans sa région une matité sur dix à douze centimètres.

Le cœur est rapide, on note 103 pulsations à la minute, une tendance à l'égalisation des bruits et des silences. Il n'y a pas de souffle. La pointe est impossible à situer. Le bord droit ne paraît pas déborder le rebord sternal.

Tension artérielle : Maxima 12. Minima 8. Indice oscillométrique 1.

Les poumons ne présentent pas en arrière des signes précis d'auscultation ; seulement quelques rares sibilants.

On entend en avant à droite, des râles bronchiques, quelques râles humides.

Le système nerveux ne présente rien de remarquable.

Les réflexes pupillaires sont normaux ; le cutané plantaire se fait en flexion.

Le 6 octobre, le foie atteint la 4^e côte par son bord supérieur. Son bord inférieur est à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane ; il est à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal sur la ligne axillaire. On note enfin une consistance moins rénitente que précédemment.

Le même jour : Azotémie : 0,38.

Le 9 octobre : examen radioscopique (Pr. Brahic).

Cœur petit.

Poumons, stase hilare importante, aspect marbré des 2 plages pulmonaires, culs de sac diaphragmatiques normaux.

En oblique antérieure droite, opacité du médiastin à sa partie moyenne, au niveau de l'oreillette droite.

Le 10 octobre, le foie présente sa limite supérieure abaissée de 1 travers de doigt par rapport au dernier examen.

L'examen du cœur n'offre rien à signaler.

Les poumons : le sommet droit présente de la matité en arrière, la respiration est soufflante, on entend quelques râles humides très fins. Rien à signaler en avant.

On note le même jour : B. W. : 0

Hecht : 0

Le 11 octobre, examen radiologique (Pr. Dubouloz).

Il existe incontestablement des foyers de condensations pulmonaires, occupant la partie médiane du poumon droit, avec quelques lésions à gauche.

On peut se demander s'il ne s'agit pas de lésions anciennes, étant donné la forte attraction du médiastin vers la droite.

Le 18 octobre : On note que depuis son entrée, la malade présente une attitude hostile qui s'affirme.

Depuis 3 jours environ, les troubles psychiques s'accroissent.

Hostilité, négativisme, réponses monosyllabiques, accompagnent le refus des médicaments.

L'examen montre, d'autre part, de l'exophtalmie avec strabisme, un nystagmus latéral spontané.

Il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

Les réflexes photomoteurs sont impossibles à chercher.

La raideur de la nuque est nette.

Au niveau des membres supérieurs, on signale quelques mouvements carphologiques.

Au niveau des membres inférieurs, on note de la flexion contre latérale des mouvements choréo-athétosiques.

Le cutané plantaire n'a pas été précisé.

Le Kernig est net.

Ce même jour, après ponction lombaire, on signale B. W : 0.

Le 19 octobre à 9 heures : décès.

Pendant la maladie, la température très irrégulière a présenté des montées et des descentes très nettes avec le plus souvent maximum le soir, de 37,5 à 39. A la fin, on observe une chute qui aboutit à 36,4 au moment du décès.

Le pouls a été très rapide, en particulier à la date du 5 octobre, il était à 130 pour une température de 38,8.

Autopsie (Pr. Brahic).

Abdomen : Ascite très peu abondante.

Intestin : Aspect congestionné du grêle dans ses dernières portions, avant aboutissement dans le cœcum. Granulations péritonéales nettes.

Foie : Un peu hypertrophié, jaune pâle, aspect de foie en dégénérescence graisseuse.

Rate : petite sans granulations.

Reins : petits, rien à signaler à la coupe.

Poumons : Droit : aspect condensé avec amas caséux du sommet, assez nettement limité vers le bas par la scissure. Caverne à la partie moyenne du lobe supérieur, du volume d'une petite mandarine ; congestion de la base.

Gauche : quelques formations caséuses.

Cœur : petit, rien à signaler.

Cerveau : Liquide céphalo rachidien abondant, distension des espaces méningés.

Congestion veineuse au niveau de la corticalité ; granulations nettes.

OBSERVATION II

(malade envoyé par le Dr PELLICOT au Pr RECORDIER)

Hydropneumothorax droit, granulie bilatérale poussée granulique terminale.

Un homme de 27 ans, M... (Alexandre), meunier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 2 août 1934.

Il a ressenti au mois de mars, une douleur violente à la base de l'hémithorax droit, douleur augmentée par des quintes de toux. Il avait le matin, une expectoration peu abondante, la température restait peu élevée, aux environs de 37,5.

Le 2 avril, le malade est obligé de s'aliter.

Un médecin diagnostique alors une pleurésie séro-fibrineuse. Une première ponction exploratrice confirme ce diagnostic.

Le 27 avril, on est obligé de siphonner la plèvre, la température est plus élevée, la dyspnée est nette, on retire un litre de liquide très clair.

Aux environs du 15 mai, nouvelle ponction de 1 litre de liquide clair.

Le malade se lève vers le 20 juin et peut faire quelques heures de chaise longue, il accuse à cette époque un amaigrissement de 6 kilos.

Le 8 juillet, l'apparition d'une douleur à gauche dans la région précordiale, se manifeste à la suite d'une quinte de toux ; avec irradiation dans le dos, au niveau de l'omoplate.

Le 10 juillet, le malade entre à l'Hôpital Salvator (Service du Professeur Berthier), où il est admis après examen radiologique.

Plusieurs ponctions à droite ramènent un liquide hémorragique.

Le malade sort le 22 pour aller chez lui.

Le 30 juillet, un nouvel examen radiologique est effectué au dispensaire d'Arenc (Dr Sauvan), il s'agit d'un hydropneumothorax droit.

Le Dr Pellicot envoie le malade dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu.

Actuellement, avec une température élevée de 39,2, on note une dyspnée assez accentuée. Le malade présente une expectoration spumeuse atteignant 1/2 crachoir par jour. Il tousse peu, cette toux provoque des douleurs dans tout le thorax, surtout violentes au niveau de l'omoplate gauche.

Ces signes accompagnent une anorexie marquée.

Les selles et les urines sont normales.

Les antécédents montrent que le malade a fait des travaux pénibles, il portait des sacs de 120 kgs dans un moulin.

D'autre part, il a présenté en juillet 1933, deux hémoptysies très abondantes, sans qu'il puisse préciser si elles étaient accompagnées de température élevée.

Le père et la mère du malade sont en bonne santé. Il en est de même de ses trois frères, mais il a une sœur atteinte de bacillose pulmonaire et envoyée en sanatorium après phrénicectomie.

L'examen de l'appareil pulmonaire révèle en avant, à droite, une légère submatité du sommet et de petits râles sibilants, surtout marqués au sommet.

À gauche, les vibrations sont un peu plus fortes au sommet ; la respiration est soufflante. On entend des râles humides, inspiratoires assez gros au sommet, plus fins à la partie moyenne. La base présente de gros frottements pleuraux.

En arrière, on note à droite, de la matité et une diminution des vibrations. Le sommet présente quelques petits râles aux deux temps. On remarque plus bas une obscurité qui se poursuit jusqu'à la base où elle est maxima.

L'auscultation de l'espace interscapulo vertébral droit révèle de l'égophonie.

À gauche, on constate une exagération de la respiration au sommet et quelques râles bronchiques à la partie moyenne du pöumon.

Au cours de cet examen pulmonaire, on n'a pas trouvé de pectori loqui aphone, pas de succussion hippocratique, mais on a pu constater au niveau de l'aisselle droite, une sonorité très marquée à la partie supérieure à laquelle fait suite une zone de matité au-dessous.

La respiration présente un timbre légèrement métallique au sommet ; de l'obscurité au-dessous. À gauche, quelques frottements pleuraux s'entendent à la partie supérieure.

Le cœur est rapide.

Le foie déborde un peu en bas.

Il est légèrement douloureux.

Le 4 août, l'examen des crachats montre une flore microbienne abondante et polymorphe sans germes spécifiques à l'examen direct. Absence de B. K.

Un cliché radiographique pulmonaire révèle :

A droite, une image de pneumothorax avec double niveau liquide.

Un semis de granulations de la grosseur d'un grain de blé, particulièrement dense à la région moyenne sans grosse réaction hilare.

A gauche : même dissémination de petites granulations semblables à des grains de blé, quelques opacités un peu plus volumineuses atteignent les dimensions d'un petit pois, certaines présentent des contours polycycliques.

Aucune réaction hilare. Aucune réaction pleurale.

Le 8 août, on signale : Azotémie : 0 gr. 32. B. W. : 0. Hecht : 0.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

Le 20 août, une diarrhée abondante s'accroît depuis l'avant-veille.

Le 27 août : décès.

Au cours de la maladie, la température qui était à 39°2 le 2 août au matin a présenté de nombreuses irrégularités pour se maintenir à la fin aux environs de 38°. Elle a continuellement présenté des montées et des descentes nettes.

Cette observation ne contenait pas d'indication sur le pouls.

Autopsie impossible.

OBSERVATION III (Pr. GAUJOUX)

Epididymite bacillaire — granulie terminale.
(poumons — méninges)

M. G... (Léon), 37 ans, journalier, entre dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1934.

Il vient d'un service d'urologie.

Il présente une voix enrouée.

Ancien gazé, c'est depuis plusieurs années qu'il se plaint d'avoir la voix enrouée.

Le 5 novembre, un cliché radiographique pulmonaire donne le résultat suivant : sur les deux hémiplages, semis fin, très dense, de petites granulations arrondies comme de fins confetti, sans réaction hilare. Le cul de sac droit est comblé.

Le 8 novembre, le malade est en état de précoma. Il est agité et présente des gestes un peu convulsifs des mains.

Le 9 novembre, on observe : Kernig très net. Lasègue à 60° très douloureux. Réflexes rotuliens et achilléens sensiblement normaux, un peu vifs. Signe de Babinski à droite.

On constate aussi un ptosis de la paupière supérieure de l'œil droit, avec du strabisme externe et de la mydriase à droite.

Le malade est en état de rétention urinaire, sa vessie est pleine.

Ce même jour, examen du liquide céphalo-rachidien, B.W. : 0.

Le 10 novembre, les résultats d'examen du liquide céphalo-rachidien montrent :

Albumine : 1 g. 0/00.

Cytologie : 150 leucocytes par mm³
dont 10 % de polynucléaires
90 % de lymphocytes.

Germes : après centrifugation de 1/2 heure présence de B. K.

Il est donc possible de constater de l'hyperalbuminose et une forte leucocytose avec polynucléose et lymphocytose élevée.

Les urines ne présentent ni sucre ni albumine.

Le 11 novembre : décès.

Pendant la maladie, la température a varié de façon irrégulière entre 38,2 et 39,4.

Cette observation ne contenait pas d'indication sur le poulx.

Autopsie impossible.

OBSERVATION IV (Pr. FIGARELLA)

Granulie.

Le 29 avril 1941, après avoir été hospitalisée en chirurgie pour douleurs abdominales, Mme M... (Léa), 37 ans

entre dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu parce qu'elle présente un amaigrissement de 8 kgs survenu en trois mois, une toux persistante depuis 3 mois aussi, de la fièvre vespérale, des frissons, et des sueurs nocturnes abondantes.

Les antécédents ne révèlent rien d'important au point de vue pulmonaire.

La malade a été traitée il y a 14 ans pendant 5 ans par des séries de nuthanol cyanure.

Elle a subi une intervention chirurgicale (hystéropexie) quelques années après.

Il n'y a rien à signaler concernant son mari, elle a une enfant de 18 ans en bonne santé, elle n'a pas eu de fausse couche.

Actuellement, on constate un amaigrissement notable, les pommettes sont rouges, les conjonctives subictériques.

La langue est sèche, saburrale.

L'abdomen est souple, sans ballonnement, mais douloureux. La douleur tend à se localiser à la fosse iliaque droite, avec irradiation dans tout l'abdomen.

Le foie est douloureux.

Il déborde d'un travers de main la limite inférieure du grill costal.

La flèche hépatique atteint 24 cms sur la ligne mamelonnaire.

La rate est perceptible sur 3 travers de doigt mais elle n'est pas palpable.

L'examen rénal révèle une douleur assez vive dans l'angle costo-lombaire droit.

Au toucher vaginal, on note une douleur provoquée par la palpation du cul de sac de Douglas et du cul de sac latéral droit.

Le col est normal.

La palpation de l'utérus n'a pu être pratiquée en raison de la défense de la paroi.

Le cœur présente des bruits rapides, sourds, réguliers.

L'examen des poumons montre en arrière une submatité de la base droite qui remonte jusqu'à D⁵.

Les vibrations passent bien.

On n'entend que quelques râles disséminés à la base droite.

L'auscultation du sommet ne révèle rien d'anormal.

L'examen des réflexes montre que les tendinaux sont diminués.

Les pupilles ne réagissent pas à la lumière, elles sont légèrement inégales.

Le 2 mai 1941, un cliché radiographique donne une image de granulie.

Dans les deux plages pulmonaires apparaissent une multitude de granulations de la grosseur d'un petit pois, pas de réaction hilaire.

Le même jour : B. W. : 0. Hecht : 0.

Le 6 mai, examen des urines : albumine : 0 g. 15. Sucre : 0. Sels et pigments biliaires : 0.

Le 7 mai, une recherche de B. K. dans les crachats est négative.

L'azotémie : 0 g. 30.

Un examen hématologique donne les résultats suivants :

Globules rouges : 3.400.000. Globules blancs : 3.000. Polynucléaires neutrophiles : 73. Polynucléaires éosinophile : 1. Monocytes : 4. Lymphocytes : 19. Formes de transition : 3. Hémoglobine : 75. Valeur globulaire : 110.

On remarquera surtout une diminution du nombre de globules rouges et des globules blancs.

Le nombre des polynucléaires neutrophiles est sensiblement augmenté.

L'hémoglobine est nettement diminuée et la valeur globulaire est augmentée.

Quelques jours après, on pratique une hémoculture qui est négative.

Le 17 mai : décès.

Pendant l'évolution de la maladie, la température s'est maintenue entre 39 et 40, avec maximum généralement vespéral.

Le 16 mai au soir, veille du décès, on a noté 40°6.

Le poulx a toujours suivi la température.

Autopsie impossible.

OBSERVATION V (Pr. MATTEI)

Granulie.

Mlle S... (Noélie), 20 ans, employée de commerce, entre au Service de médecine de l'Hôtel-Dieu le 5 décem-

bre 1941 parce qu'elle présente une fièvre élevée atteignant 40° avec des céphalées et une angine.

La fièvre a débuté le lundi 1^{er} décembre, mais depuis déjà une quinzaine de jours, la malade ne se sentait pas bien.

Elle souffrait beaucoup de céphalées, était toujours lasse et présentait des insomnies.

Elle continua pourtant à travailler jusqu'au 1^{er} décembre, jour où elle se coucha avec une forte fièvre.

La malade a bon appétit, digère bien, n'a pas de diarrhée. On signale qu'elle n'a pas mangé de coquillages, mais qu'elle a bu de l'eau non filtrée.

Elle ne tousse pas, crache très peu, ne présente pas de dyspnée.

On note enfin qu'elle est bien réglée, et qu'elle n'a présenté ni amaigrissement important, ni épistaxis, ni hémorragie quelconque.

On relève dans les antécédents une rougeole, un paludisme ancien.

Les parents de la malade sont morts cancéreux.

Elle a 4 frères et sœurs en bonne santé.

L'examen montre un abdomen souple.

La peau présente plusieurs petites taches rouges, légèrement ecchymotiques.

Le foie est nettement augmenté de volume.

Le foie est nettement augmenté de volume. La flèche hépatique atteint 14 cms.

La rate est percutable sur 4 travers de doigt et non palpable.

Les poumons présentent quelques râles bronchiques au niveau des hiles.

Le cœur est normal. T.A. : 10-6, indice 3.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, les pupilles sont égales, régulières, contractiles.

La région pharyngienne présente de petites ulcérations sur le pilier antérieur du voile.

Le 7 décembre, on signale la disparition des taches rouges.

Le temps de coagulation est de 4 minutes.

Le temps de saignement est de 2 minutes 1/2.

Leur abaissement est donc sensible.

Le signe du lacet montre quelques pétéchies.

Le 8 décembre, le séro-diagnostic de Widal est négatif à l'Eberth au 1/30.

L'azotémie : 0,40.

Dans les urines, on trouve : sucre : traces ; albumine : 0 g. 20.

Le 8 décembre, un cliché radiographique ne montre qu'une image de sclérose légère, prédominante à droite, avec un peu de scissurite en cheveux.

Le 11 décembre, un examen hématologique donne le résultat suivant :

Globules rouges : 2.460.000. Anisocytose légère. Globules blancs : 2.600. Polynucléaires neutrophiles : 74 ; monocytes : 8 ; lymphocytes : 17 ; élément de transition : 1. Hémoglobine : 65. Valeur globulaire : 123.

La diminution du nombre des globules rouges et des globules blancs est très nette.

La polynucléose elle aussi est sensible.

On remarque la forte diminution de l'hémoglobine et l'augmentation de la valeur globulaire.

Le même jour, B. W. : 0. Hecht : 0.

Les urines présentent quelques traces d'albumine, pas de sucre.

Le 13 décembre, un résultat de l'hémoculture est négatif.

Le 15 décembre : sérodiagnostic de Widal : négatif. T. A. B. 1/30. Séro-diagnostic de Wright : Négatif de 1/100 à 1/1000.

Le 19 décembre, on ne trouve dans les urines ni sucre ni albumine, on ne signale que de très rares leucocytes et de très rares colibacilles, pas d'éléments rénaux.

Le 23 décembre, vers 18 heures, la malade a présenté du mœlena, avec rejet de sang noirâtre d'une quantité de 250 grammes.

On signale ce même jour, des crachats hémoptoïques.

Une radiographie montre : sur les deux plages pulmonaires, une dissémination de petits grains très nombreux qui ont les dimensions d'une tête d'épingle.

A droite, la réaction hilare est très discrète, elle est nulle à gauche.

Le 24 décembre, une recherche de B.K. dans les crachats est négative.

Le 25, un tubage duodénal est effectué :

Bile B : p H = 5

Bile C : p H = 6

On trouve dans la bile B quelques rares cellules épithéliales, de rares colibacilles, des traces de cholestérine.

L'examen de la bile C révèle de petits amas de pigments biliaires, des traînées de mucus, de rares colibacilles et 0 gr. 15 de cholestérine.

Le 26, un nouvel examen de crachats ne révèle pas de B.K.

Le 27, un nouveau cliché radiographique montre l'aspect suivant :

— de petits points opaques de la grosseur d'un grain de riz remplacent le piqueté extrêmement fin de l'image précédente.

La réaction hilaire est toujours aussi peu marquée droite, et nulle à gauche.

Le 31, l'amaigrissement est devenu frappant, la malade pèse 37 kgs 5.

Le 3 janvier 1942, un violent point de côté gauche survient pendant la nuit, il est accompagné d'une dyspnée persistante.

La respiration est soufflante des deux côtés.

Le 7 janvier, le poids de la malade est de 36 kgs 500.

Le 12 janvier, la dyspnée est intense, s'accompagne de cyanose.

On note que le matin la malade est apyrétique, le pouls suit la température.

Les lèvres sont sèches, la langue est saburrale.

Un dernier cliché radiographique présente de nombreuses taches de la grosseur d'un petit pois. Aux sommets, surtout à gauche, certaines sont conglomérées en opacités à contours polycycliques.

En raison du volume et de la confluence des granulations, on peut parler d'un début de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Dans la nuit du 12 au 13 : décès.

L'autopsie a été pratiquée par MM. Sarradon et Desanti le 15 janvier 1942.

On note sur le poumon droit, une très légère scissurité (de la scissure moyenne) et sur tout le parenchyme de nombreuses granulations jaunâtres qui ont les dimensions d'un grain de mil.

A la coupe, même aspect.

Le poumon gauche présente une légère réaction pleurale de la base et une infiltration de granulations grosses comme des petits pois, confluentes, de type broncho-pneumonique étendues, avec début de petites cavernes.

Les ganglions trachéobronchiques sont légèrement hypertrophiés.

Le cœur paraît normal.

Les autres viscères ne paraissent pas aussi atteints que les poumons.

Pendant l'évolution de la maladie, la température a été élevée, atteignant souvent 39 à 40°. Irrégulière, elle a présenté des montées et des descentes très nettes, le maximum étant tantôt vespéral, tantôt matinal.

Peu de temps avant la fin, elle a subi une chute sensible ; on note 37° le 12 au matin, et 38° le soir, quelques heures avant le décès.

Le pouls a suivi la température, quelquefois même son accélération a été plus accentuée que l'élévation thermique.

On a ainsi observé au cours des derniers jours cette dissociation inverse de celle qui se passe dans la typhoïde.

OBSERVATION VI — (Pr. MATTEI)

Méningite bacillaire chez une granulique.

Mlle V... (Marie Jeanne) 17 ans, entre le 1^{er} avril 1942 au service de médecine de l'Hôtel-Dieu.

Elle est envoyée par le Docteur Sarradon pour troubles psychiques, délire, agitation, survenus après un épisode fébrile.

La malade délirante répond très mal aux questions.

Elle peut cependant dire qu'elle n'est pas bien depuis 3 semaines et qu'elle souffre de la tête par intermittence.

L'interrogatoire du père révèle que la malade jusque là bien portante n'avait plus ses règles depuis le mois de décembre.

Elle se plaignait de céphalées passagères et présentait de l'amaigrissement.

Son caractère avait changé, de gaie, elle était devenue triste.

Il y a quinze jours, se sentant plus fatiguée que d'habitude, elle n'avait pu aller à son travail.

Le Docteur Sarradon consulté n'avait rien noté de particulier.

Un second examen fait le jeudi suivant n'a pas été beaucoup plus révélateur, la malade présentait du délire.

La température qui avait atteint 39° le lundi se maintenait à 38° environ les jours suivants.

Actuellement, l'examen montre que la malade est agitée, délirante, apyrétique.

Elle répond à certaines questions, elle peut dire son nom, son âge, la date de début de sa maladie.

Elle présente une voix nasonnée et des troubles de la déglutition

Il n'y a pas de photophobie nette.

Les pupilles sont en mydriase, elles sont inégales, la droite étant plus dilatée que la gauche.

Elles réagissent bien à l'accommodation et à la lumière quoique avec lenteur.

On note un strabisme convergent net avec paralysie du moteur oculaire externe droit.

L'examen de la motricité et de la sensibilité des membres ne révèle rien d'anormal.

On observe une raideur légère de la nuque, un léger Kernig. La raie vaso-motrice est intense et précoce.

L'appareil cardio-vasculaire ne présente rien à signaler. T.A. = 12-7, indice 3.

L'appareil pulmonaire ne montre pas de signe important à l'examen.

Le foie est normal, il en est de même de la rate.

A l'examen ophtalmoscopique, le fond d'œil apparaît normal.

Une radiographie pulmonaire donne une image de granulie :

Des opacités de taille inégale, des dimensions d'un grain de blé à celles d'un petit pois sont disséminées, sur toute l'étendue des plages pulmonaires.

On distingue de nombreux nodules arrondis, gros comme des confetti et quelques taches à contours polycycliques

Il n'y a pas de réaction hilaire.

Le 3 avril, examen du liquide céphalo-rachidien.

Cytologie = 23 lymphocytes par mm³

Albumine = 1 gr.

Chlorures = 6 gr.

Glucose = 0 gr. 30

Présence de B.K.

On note le même jour :

Azotémie = 0,30

B.W. = 0

Hecht = 0

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 4 avril 1942 : décès.

U cours de la maladie, la température a présenté de grandes oscillations à maximum vespéral.

On a noté 39° 6 le 3 au soir, et une chute jusqu'à 38° le 4 au matin, jour du décès.

Le pouls a été très rapide : entre 120 et 140.

Ses variations ont suivi celles de la température.

Circonstances d'apparition

L'adulte jeune, l'adolescent, et l'enfant, sont plus souvent atteints que le vieillard et le nourrisson.

Nos quelques observations montrent, avec une femme âgée de 60 ans, trois femmes âgées respectivement de 37, 21 et 17 ans, ainsi que deux hommes âgés l'un de 37 ans, l'autre de 27 ans.

L'état antérieur du sujet intervient de façon nette.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que les malades des observations I, II, III, étaient porteurs de foyers de nature évolutive ; les autres cas concernant des sujets pour lesquels la granulie apparaissait comme la première manifestation visible de bacillose.

L'importance du terrain est mise en évidence par la constatation des granulies survenues après des maladies anergisantes, des maladies chroniques, des maladies infectieuses aiguës, des affections des voies respiratoires (observation III).

Des conditions débilitantes de vie, les fatigues (Observation II), le surmenage, et les soucis moraux, une mauvaise hygiène ou une sous alimentation, l'alcoolisme, une grossesse ou un avortement, les interventions chirurgicales, un traumatisme, ont eu souvent une influence reconnue.

De même apparaît l'importance du terrain dans l'explication du cas de la primo infection des transplantés, des exotiques, des campagnards.

Le rôle des facteurs inhérents au terrain est tel qu'on le juge supérieur au rôle de la virulence et du nombre des bacilles.

Devant l'examen de nos six observations, une constatation s'impose : C'est dans un service de 80 lits, pour une période de 10 ans, que nous avons relevé ces six cas de granulie aiguë.

Sur ces six cas, trois ont été observés en neuf ans, et sont des formes secondaires, c'est-à-dire, nous l'avons vu, survenant chez des sujets porteurs d'un foyer tuberculeux évolutif connu, la granulie apparaissant comme une manifestation consécutive à une tuberculose évidente.

Les trois autres cas ont été observés en une seule année, du mois d'avril 1941, au mois d'avril 1942, et ce sont des formes « primitives », c'est-à-dire, nous l'avons vu aussi, survenant chez des sujets pour lesquels elles furent les premières manifestations visibles de la bacilliose.

La constatation de ces faits doit être rapprochée des circonstances actuelles de vie ; et dans ce domaine, l'influence des conditions alimentaires peut être mise en bonne place.

Cette fréquence actuelle des granulies aiguës en apparences primitives » nous paraît un des éléments les plus notables de nos recherches.

Début

Quelquefois brusque, il est souvent insidieux précédé par un « syndrome premonitoire ».

Il peut enfin être masqué par une maladie déclenchante.

En règle générale, la phase prodromique dure de une à trois semaines. Elle est constituée par l'asthénie, l'amalgissement, la fièvre.

Le malade présente aussi parfois de l'anorexie, de la céphalée, de l'insomnie (Observation IV).

Une toux persistante (observations I, IV), en général sèche et des douleurs thoraciques vagues auront une valeur diagnostique considérable, en particulier quand la ressemblance entre le syndrome premonitoire de la granulie et la phase d'invasion de la typhoïde induit facilement en erreur.

Déjà à cette période, une radiographie pulmonaire peut montrer un semis granulique.

Dans le cas de l'observation V le semis granulique a été observé dix jours avant les phénomènes bruyants de la maladie.

Séméiologie

1) Signes généraux.

Le malade amaigri est dans une état de stupeur et d'abattement qui a pu faire dire à Trousseau :

« La dothientérie et la phthisie aiguë ont l'état typhoïde en commun. »

Cependant, bien qu'il soit atteint d'une asthénie considérable, le malade répond aux questions qu'on lui pose (Observation V).

Il présente même quelquefois de l'euphorie.

La température est le plus souvent très irrégulière, avec des oscillations nettes, des crochets inexpliqués. Elle peut présenter une ascension au moment de la mort (IV) ou au contraire une chute (observations I, V).

Le pouls est accéléré (observations I, IV, VI).

2) Signes pleuro pulmonaires.

a(— SIGNES FONCTIONNELS.

La toux présente des caractères variables (observations I, II, IV et V).

En général rare et sèche, elle peut devenir quinteuse.

L'expectoration est souvent nulle ou minime et banale. Elle est parfois plus importante (observation II).

La malade de l'observation V a présenté des crachats hémoptoïques. Si on a pu voir des filets de sang, les hémoptysies franches sont rares.

Il importe en tous cas de rechercher le bacille de Koch dont la valeur diagnostique est évidente mais dont la présence est inconstante. Quant à l'inoculation au cobaye, les résultats sont trop tardifs.

Les douleurs thoraciques ont une haute valeur du fait de leur fréquence.

Un symptôme frappant est constitué par la dyspnée, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une cyanose intense (observation V).

b) — SIGNES PHYSIQUES.

On peut constater l'intensité de l'expansion inspiratoire, une hyperesthésie thoracique portant sur la peau et les muscles pariétaux.

Quelquefois une légère matité (observation II) apparaît à l'un des sommets ; mais on peut aussi bien trouver de la sonorité (Castaigne et Paillard).

Le murmure vésiculaire est diminué. Il est enfin possible de percevoir quelques frottements pleuraux, des sibilances, de petits râles crépitants.

La prédominance de ces signes aux sommets (observation II) a été notée. Elle peut permettre de les différencier des râles de la typhoïde, prédominants à la base.

Louis a insisté sur l'importance de la constatation d'un épanchement pleural bilatéral.

La valeur en est telle que si sa présence coïncide avec les signes généraux considérés, le diagnostic de granulie peut être affirmé (Jousset, Piery).

3) Signes digestifs et abdominaux.

La langue peut être blanche, ou rouge et sèche, ou aussi humide, et la différence est alors notable avec ce que l'on observe dans la typhoïde. Elle est généralement bonne.

L'appétit est variable, mais le malade est habituellement atteint d'anorexie.

Des vomissements sont quelquefois constatés. Pour Delarue ils ne seraient pas notables « sinon comme prodromes d'une atteinte méningée, ou péritonéale. » Nous n'en avons pas relevé dans nos observations.

Les douleurs abdominales sont plus fréquentes (observation IV). Elles peuvent être du type colique avec diarrhée pâteuse, elles peuvent aussi relever d'une atteinte péritonéale, elles précèdent parfois une ascite.

La rate est fréquemment augmentée de volume (observation I).

Le foie surtout est généralement hypertrophié (observations I, IV et V).

4) Syndrome cérébro-spinal.

Il est fréquent de constater du délire nocturne.

L'état mental est parfois atteint, des malades ont pu être euphoriques jusqu'à la fin.

Dans quelques cas, il est possible d'observer des signes vrais de la tuberculose méningée, c'est alors l'aspect de la granulie à forme méningée (observations I, III et V).

L'importance de l'hyperesthésie cutanée avait été mise en relief par Empis.

Parfois enfin, des troubles sensoriels en particulier touchant la vue et l'ouïe font leur apparition.

5) Syndrome pharyngo-laryngé.

Il arrive que le malade présente une voix éteinte ; il est rare que se constitue un vrai tableau avec dysphagie, dysphonie, dysphonie.

Habituellement, l'envahissement des voies respiratoires supérieures par des granulations miliaires ne se manifeste par aucun symptôme fonctionnel.

La malade de l'observation V avait dans sa région pharyngienne de petites ulcérations sur le pilier antérieur du voile : ces lésions n'ont pas donné lieu à des troubles notables.

6) Syndrome cardio-vasculaire.

Le pouls est rapide : il accompagne l'élévation de la température, caractère qui ne se retrouve pas dans la typhoïde.

Il arrive même que l'on observe, entre pouls et température, une dissociation inverse de ce qu'elle est dans la typhoïde (observations I et V).

La tension artérielle est basse.

Les bruits du cœur deviennent quelquefois sourds et rapides, mais en général on ne découvre aucun signe pathologique.

7) Symptômes cutanés.

L'existence des taches rosées chez quelques malades (observation V) a provoqué de vives discussions.

Ces taches siègeraient à la racine des membres, seraient plus larges que dans la dothiéntérie.

En tous cas, suivant l'opinion formulée par Hérard, Cornil et Hanot « on est fondé à les croire excessivement rares, si tant est qu'elles n'aient pas été confondues lors-

qu'elles ont été signalées, avec des rougeurs banales de la peau. »

On a pu observer aussi de l'érythème noueux et, plus souvent du purpura.

8) Signes urinaires.

Les urines peuvent être rares, présenter de l'albumine (observations IV, V) quelquefois même un peu de sang, des bacilles de Koch.

L'albuminurie a pu atteindre 20 grammes (Charcot, Potain).

A des taux plus bas, elle est très souvent observée.

Les hématuries sont moins fréquentes.

Quant aux bacilles de Koch, leur mise en évidence, en l'absence de pyurie, prend une valeur considérable (Delarue).

Il arrive parfois que le taux des chlorures se trouve abaissé.

9) Modifications du sang.

Il est fréquent d'observer une anémie légère (observations IV, V).

Le nombre des leucocytes est variable. Il est nettement abaissé chez les malades des observations IV, V.

Le nombre des polynucléaires neutrophiles est en général augmenté (observations IV et V).

Il en est quelquefois de même de celui des monocytes, qui peut cependant être abaissé ou normal (observations IV et V).

La vitesse de sédimentation des globules rouges serait accélérée.

L'observation V montre une diminution nette du temps de saignement et du temps de coagulation.

Les malades des observations IV et V présentent avec une diminution nette de l'hémoglobine une augmentation sensible de la valeur globulaire.

La séro-agglutination, des bacilles tuberculeux et la réaction de déviation du complément sont en général négatives (Delarue).

La présence de bacilles tuberculeux dans le sang est variable (Jousset).

On a pu constater aussi l'abaissement du taux de cholestérinémie (Chauffard) et, toujours dans le sang, la diminution du taux de la carotène et de la quantité de ferment lipolytique.

Formes cliniques

Suivant la prédominance des signes, la maladie peut prendre des aspects différents ; quelques uns de ces aspects se retrouvent dans nos observations.

1) Granulie à prédominance de symptômes généraux.

FORME TYPHOÏDE :

A cette forme se rattache la malade de l'observation V. L'étude des ressemblances et des dissemblances concernant la granulie et la typhoïde remonte à Waller.

Pour Delarue « depuis la monographie d'Empis cette forme est devenue classique. Rien ou à peu près rien n'est à ajouter ou à retrancher de sa description première. »

La période d'invasion dure de huit à dix jours et se caractérise par l'amaigrissement, l'asthénie, la courbature, la fièvre, la céphalée, l'insomnie.

Parfois des douleurs thoraciques vagues et un peu de toux s'ajoutent à ce tableau.

A la période d'état, l'aspect général fait songer à une infection éberthienne ; cependant l'abattement est moins marqué. La température est parfois élevée de façon continue, mais d'habitude son irrégularité, ses montées et ses descentes nettes la distinguent de la température de la typhoïde.

Le pouls est accéléré, il peut même donner lieu avec la température à une dissociation inverse de celle qui se passe dans la typhoïde.

La langue d'aspect variable peut demeurer humide.

L'abdomen peut être un peu ballonné, douloureux à la pression, et présenter quelques gargouillements. On notera parfois des troubles intestinaux.

La rate et le foie sont fréquemment un peu augmentés de volume.

L'examen de l'appareil respiratoire ne donne souvent que des résultats vagues ; cependant, avec un peu de toux, la dyspnée et la cyanose peuvent éveiller l'attention, en accompagnant quelques signes physiques prédominants aux sommets.

La tension artérielle est basse.

Les urines en quantité variable, généralement claires, peuvent contenir de l'albumine.

Quoi qu'il en soit, le risque demeure de prendre pour une typhoïde un peu anormale, une granulie du type considéré. Là, encore, s'affirme l'importance de divers procédés d'investigation tels que :

- la radiographie pulmonaire, à propos de laquelle on a pu parler « d'autopsie sur le vivant ».
- la cuti-réaction à la tuberculine, qui est négative pendant la typhoïde.
- le séro-diagnostic dont la valeur est immense lorsqu'il est négatif, pour le diagnostic de la granulie.

Pendant l'évolution de la maladie l'aspect peut rester jusqu'au bout celui d'une « grande pyrexie » ou au contraire se caractériser par l'atteinte prédominante d'un ou de plusieurs organes.

C'est ainsi que le malade peut mourir en état d'asphyxie, de méningite, de péritonite. On a pu aussi observer parfois avant la mort un syndrome purpurique.

Cette granulie à forme typhoïde, qui peut être considérée comme la plus importante, nécessite souvent l'utilisation des tests de laboratoire pour son diagnostic.

A côté de la forme typhoïde, on a décrit la forme pyohémique (Granulie suppurée de Bard).

L'atteinte de l'état général est plus profonde.

La température est du type intermittent ou largement rémittent. Chaque ascension est accompagnée de frissons, chaque rémission s'annonce par des sueurs profuses.

L'évolution est très rapide.

Une autre forme est connue sous le nom de phtisie aiguë à forme d'embarras gastrique ou de fièvre synoque (Hérard, Cornil et Hanot).

La symptomatologie est peu précise et risque de faire croire à « une simple indisposition banale. »

Souvent le tableau de la forme commune succède brusquement à cet état.

2) Formes à manifestations viscérales prédominantes.

A. FORMES PLEURO-PULMONAIRES.

« Les symptômes thoraciques observés au cours de la tuberculose miliaire sont extrêmement divers » (Delarue). Quelquefois, ils suffisent à caractériser une forme particulière (observation II).

En réalité, dans le cadre même de la prédominance des signes pleuro-pulmonaires, plusieurs formes ont été décrites.

a) *Dyspnée prédominante.*

C'est la forme suffocante de Jaccoud.

Andral lui donna le nom de forme asphyxique de la phtisie aiguë.

Graves l'appela asphyxie tuberculeuse aiguë.

Elle survient surtout chez l'adulte jeune, en particulier au cours de tuberculose pulmonaire chronique.

Elle peut apparaître progressivement ; mais si les prodromes passent inaperçus, le début est foudroyant.

Une ascension thermique soudaine et des frissons précèdent une dyspnée intense.

Cette dyspnée d'une violence extraordinaire détermine bientôt une cyanose très marquée.

Le facies est angoissé.

La toux est un symptôme inconstant ; elle est en général accessoire, mais il arrive qu'elle se manifeste de façon incessante et pénible avant la dyspnée.

L'expectoration est fort variable.

La température est en général très élevée.

L'examen physique pulmonaire ne révèle rien de précis.

Les autres appareils présentent souvent des symptômes qui caractérisent les formes généralisées.

L'évolution est très rapidement fatale.

b) *La forme catarrhale (Empis).*

Les signes physiques pulmonaires sont importants. Ils ont permis d'individualiser une forme à type de bronchite capillaire et une forme à type de broncho-pneumonie ou de pneumonie.

La mort survient en deux ou trois semaines.

c) *La forme pleurale (Empis).*

L'atteinte de la séreuse l'emporte ici sur les autres signes.

Le début est en général progressif après une phase de « langueur ».

De vagues douleurs thoraciques peuvent éveiller l'attention.

Il est rare que cette forme apparaisse brusquement par un point de côté et de la fièvre.

Devant l'épanchement pleural, certains signes doivent montrer qu'il ne s'agit pas de banale pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse primitive. Ce sont : l'altération profonde de l'état général, l'intensité de la gêne fonctionnelle.

La cyanose et l'accélération des mouvements respiratoires indiquent un épanchement fort abondant alors que l'examen physique du thorax montre que cet épanchement est modéré.

Si l'on fait une thoracentèse, la dyspnée ne se calme que pour quelques heures ; le liquide habituellement citrin, séro-fibrineux, peut être hémorragique.

Un caractère important est ici la bilatéralité de l'atteinte ; l'épanchement pleural qui a le premier attiré l'attention n'est que l'une des manifestations d'une tuberculose miliaire diffuse.

Cette forme pleurale présente une évolution et un pronostic identiques à ceux des autres formes aiguës.

B) FORMES VISCÉRALES DIVERSES.

On a pu observer suivant le cas une prédominance de phénomènes abdominaux, ou de signes d'intolérance gastrique, ou de signes pseudo appendiculaires, ou bien encore de signes laryngo-pharyngiens, ou de signes cardiaques avec un frottement péricardique et même un souffle organique.

On a pu étudier aussi une prédominance de l'atteinte méningée.

Cette forme méningée (observation VI) est la plus importante des formes à manifestations viscérales non thoraciques parce qu'elle est la plus fréquente.

Après un début parfois brusque, cette granulie méningée présente une symptomatologie qui est dans l'ensemble celle d'une méningite tuberculeuse diffuse. Mais à côté des signes nerveux, on trouve une température très élevée, une rate qui peut être volumineuse, un peu de cyanose, et l'aus-

cultation des poumons permet souvent de percevoir les signes minima de la tuberculose miliaire (Delarue).

C) FORMES VISCÉRALES « LOCALISÉES ».

Bien souvent la prédominance des manifestations cliniques de l'atteinte d'un organe se montre au milieu d'une dissémination miliaire généralisée.

A côté des formes réalisées par la prédominance d'une atteinte viscérale, formes que nous venons de considérer, ne faut-il pas faire une place à part à une catégorie de granulies « localisées » ?

Il s'agirait alors, non pas seulement de dissémination nettement prédominante, mais plus précisément de dissémination exclusive à tel ou tel organe.

L'observation I nous semble faire partie de ce cadre.

3) Formes compliquées et formes associées.

La granulie est parfois compliquée. Elle peut être compliquée par pneumothorax spontané : Delarue en a cité un cas.

Elle peut être compliquée par hémoptysies.

Ces dernières manifestations, remarque Delarue, faisant alors intervenir la présence d'un foyer ulcéro-caséeux ou bien intervenir le rôle du purpura.

La granulie est parfois associée.

Mosny et Aviragnet ont étudié le rôle de la pneumonie et de la broncho-pneumonie dans le réveil de la tuberculose

Hérard, Cornil et Hanot ont décrit une forme de granulie « compliquée » de broncho-pneumonie.

4) Particularités cliniques de certaines formes.

GRANULIES SECONDAIRES.

Toute granulie est secondaire anatomiquement selon la loi de Rhul, car la dissémination miliaire se fait par l'ouverture d'un foyer caséux. Mais la maladie apparaît primitive lorsqu'elle survient chez des tuberculeux latents ; elle apparaît quelquefois secondaire en se manifestant chez des tuberculeux avérés, pour terminer alors « de façon plus ou moins prématurée » l'évolution d'une phthisie commune (Delarue).

Tous les intermédiaires peuvent être alors observés, jusqu'aux formes froides.

GRANULIES CHEZ L'ENFANT.

« Elles présentent peu de particularités cliniques par rapport à celles de l'adulte » dit Delarue.

Pour Ribadeau-Dumas « il faut attacher une très grande importance à l'histoire du petit malade ; il est rare, en effet, lorsque l'enfant est grand, que la granulie soit un accident initial et définitif.

Très généralement, l'imprégnation tuberculeuse s'est déjà manifestée ; les états muqueux de l'enfance qui récidivent sont ordinairement des poussées de granulie discrète qui annoncent une généralisation possible. »

Les signes généraux sont nets. La fièvre est très élevée ; le pouls très accéléré. Le foie et la rate sont augmentés de volume.

La polymicro-adénopathie est un signe important d'infection tuberculeuse.

La dyspnée est intense, mais les signes physiques pulmonaires sont vagues.

La mort survient au bout d'une à trois semaines, soit au milieu de complications méningées, soit dans un état de dyspnée intense.

GRANULIES CHEZ LE VIEILLARD.

Empis en avait déjà affirmé l'existence. Les caractères en sont généralement atténués. « Ce qui domine dans ces manifestations tuberculeuses aiguës du vieillard, c'est la latence de la plupart des symptômes » (Letulle et Halbron).

La fièvre est modérée, la dyspnée peu intense.

Dans quelques cas cependant, on a pu observer les manifestations du catarrhe suffocant.

Une forme asystolique de la granulie chez le vieillard a été décrite (Hérard, Cornil et Hanot). Sa similitude avec la défaillance cardiaque lui est donnée par la quasi absence de fièvre chez un malade présentant un gros foie, de la dyspnée et de la cyanose.

GRANULIES CHEZ LE NOURRISSON.

Elles présentent une fréquence assez élevée.

L'allure clinique est très variable, et il arrive souvent de ne constater que des symptômes très frustes (Delarue).

L'important est qu'il s'agit d'une tuberculose de *primo infection*.

De la granulie du nourrisson il faut rapprocher la tuberculose de *primo infection* de l'adulte, car chez l'adulte, parfois, la tuberculose miliaire est une manifestation de la tuberculose de *primo infection* grave.

« La granulie est ici le terme ultime d'une généralisation de l'infection tuberculeuse, analogue, en somme, à celle du type Villemain, qui tue les animaux de laboratoire. M. Huebschmann, entre autres auteurs, a particulièrement étudié ces faits pour en discuter, récemment, la pathogénie » (Delarue).

Considérations sur l'étude radiographique

Pour affirmer une granulie aiguë le cliché radiographique est un moyen de diagnostic indispensable. Son importance est capitale quand le malade ne présente pas de signes cliniques. Il importe cependant de remarquer que le même intérêt ne doit pas être attribué à l'examen radioscopique. La radioscopie, en effet, ne révèle pas les opacités aussi discrètes et aussi fines que celles des granulies pulmonaires. C'est donc à la radiographie qu'il faut avoir recours. L'image peut révéler de petits grains circulaires et opaques qui criblent les deux champs pulmonaires.

Par conglomération de quelques nodules, certaines opacités peuvent présenter un contour polycyclique. Elles apparaissent même parfois « délavées ».

Il arrive aussi que l'on se trouve frappé par un aspect sablonneux du cliché.

Enfin, ces différentes formes peuvent s'intriquer.

Elles peuvent, de même, présenter des lésions associées permettant de savoir si l'envahissement miliaire des poumons est « secondaire » ou quasi primitif.

Il arrive qu'elles présentent chez l'enfant une accentuation des hiles, témoin d'adénopathie trachéo bronchique.

Une image associée est remarquable chez le nourrisson et dans le cas de primo infection de l'adulte. C'est celle du chancre d'inoculation avec adénopathie similaire, du complexe primaire.

Au sujet des malades qui nous concernent, il est possible de rattacher au type quasi primitif les observations IV, V et VI.

Par contre II et III sont du type secondaire.

Seules les images des observations III et IV peuvent être séparées de la forme des opacités intriquées.

Quant à l'observation I, elle offre à considérer, nous l'avons vu, un cas particulier de granulie « localisée » au péritoine et aux méninges ; dans ces conditions, comme l'autopsie l'a bien prouvé, l'image radiographique pulmonaire ne pouvait être celle d'une granulie.

Un cas remarquable d'image radiographique est fourni par l'observation V en ce qui concerne la phase prémonitoire et « le moment de réalisation » de la granulie.

En se fondant sur les épistaxis, les érythèmes, les taches purpuriques qui peuvent accompagner des signes méningés fugaces, il serait permis, comme le fait observer Delarue « de rapprocher la phase prémonitoire de la granulie de la forme de septicémie tuberculeuse dans laquelle ne sont produites que des lésions diffuses d'endocapillarite ou de congestion du type yersin. »

D'autres faits, au contraire prouvent ainsi que le constate Delarue, que la granulie se trouve déjà réalisée au cours du syndrome prémonitoire, et l'étude radiographique est significative à cet égard.

Or, dans l'observation V, nous constatons que la première radiographie ne décèle pas de granulie, mais il n'en est pas moins vrai que l'image de granulie apparaît nettement dix ours avant la manifestation des signes bruyants.

D'ailleurs quelques cas ont été cités (Delarue) montrant que la fidélité de la radiographie n'est pas tout à fait absolue. Ainsi, la radiographie a pu ne pas prouver l'existence d'une granulie durant la vie du malade. Et d'autre part l'image radiographique a plusieurs fois été prise pour une image de granulie dans des cas de broncho-pneumonie aiguë, banale, de bronchite capillaire, ou encore de carcinose miliaire.

La valeur de la radiographie n'en demeure pas moins primordiale.

Decloux et Ribadeau-Dumas en avaient reconnu toute l'importance en 1913 en disant : « Il semble donc bien que l'intérêt de la méthode radiologique appliquée à l'étude de la granulie soit considérable, car il est probable que les rayons X apporteront au diagnostic de cette affection, jusqu'ici uniquement basée sur des présomptions, un élément de quasi certitude qui lui faisait défaut. »

Cette importance de l'examen radiologique a été confirmée à tel point que M. Rist a pu parler d'une « autopsie sur le vivant ».

Les granulations qui sont toujours intra-alvéolaires apparaissent en nombre très élevé.

Elles sont d'abord très petites et rondes, leur évolution vers l'aspect de taches plus volumineuses à contours polycycliques, est un signe d'aggravation.

L'observation V nous a permis de constater, sur des clichés radiographiques successifs, à quelques jours d'intervalle, la progression de ces opacités polycycliques jusqu'au moment de la mort.

Quant au reste du parenchyme pulmonaire, il ne présente pas de modifications habituelles de la transparence à part les granulations.

L'examen des hiles, ne révèle qu'une réaction très discrète, et même souvent nulle. Cette absence de réaction hilare revêt une importance capitale pour le pronostic, elle est un signe d'évolution rapide vers la mort.

Ainsi apparaît, à côté de la valeur du cliché radiographique pour le diagnostic, sa valeur récemment mise en relief (Pr. C. Mattéi) touchant l'évolution prochaine de la maladie.

Il faut noter dans la plupart de nos observations l'absence ou la faiblesse de réactions hilaires au sujet desquelles le r Mattéi fait remarquer leur mauvaise signification pronostique.

Conclusions

En terminant ce travail, nous pouvons noter à côté de l'importance de la radiographie, l'intérêt de deux constatations se rapportant l'une à la fréquence des granulies aiguës, l'autre à leur forme particulière.

1°) L'importance de la radiographie a déjà été mise en relief.

Nous avons vu qu'elle ne se bornait pas à sa valeur diagnostique. L'accroissement des petites granulations qui, des dimensions d'une tête d'épingle, atteignent celles d'un petit pois ; leur conglomération en opacités à contours polycycliques, et l'absence de réaction hilaire, sont autant de signes d'évolution fatale rapide.

2°) Sur les six cas relevés en dix ans dans un service de quatre-vingts lits, les trois premiers correspondent à une période de neuf ans allant de 1932 à 1941. Les trois derniers se groupent dans la dernière année, du mois d'avril 1941 au mois d'avril 1942.

3°) Les trois premiers cas concernent des sujets porteurs d'un foyer tuberculeux déjà évident.

Les trois autres concernent des sujets pour lesquels la granulie est la première manifestation évidente de la bacillose. Ce sont des formes dites « primitives » par opposition aux précédentes dites secondaires.

Un tel accroissement de fréquence et ce caractère de « granulie d'emblée » coïncident avec les conditions actuelles de sous-alimentation.

Lu et approuvé
Le Président de Thèse,
MATTEI

Vu et approuvé
Le Doyen
L. CORNIL.

Aix, le 22 Octobre 1942
Vu et permis d'imprimer

Le Recteur
MARTINO

Bibliographie

- AGUNA (M.), BRACHETTO-BRIAN (D.) et MACERA H.M.). — « Infection bacillaire d'origine intestinale chez un enfant de deux ans. Tuberculose caséuse des ganglions mésentériques. Granulie terminale ». (*Soc. Argentine de Biol.*, 30 juillet 1925, *C.R. Soc. Biol.*, t. XCIII, p. 1014).
- ARMAND-DELILLE P. et GAVOIS H. — « Les granulies atténuées chez l'enfant », *Paris Médical*, 6 janvier 1934.
- ARMAND-DELILLE, SAENZ et BERTRAND. — « Présence d'éléments filtrables du bacille tuberculeux dans le sang d'un enfant atteint de granulie ». (*Soc. de Biol.*, 20 oct. 1928).
- ARNSTEIN A. — « Tuberculose miliaire généralisée aiguë du vieillard ». *Wiener medizinische Wochenschrift*, février 1937, t. LXXXVII, N° 6, p. 152.
- BEZANÇON (F.) et BRAUN. — « L'asphyxie tuberculeuse aiguë ». (*Paris Médical*, 20 janvier 1923).
- BEZANÇON (F.), BRAUN (P.) et DUHAMEL (G.). — « De l'interprétation de certains aspects granuleux radiographiques ». (*Rev. de la Tuberc.*, 3^e série, t. VIII, 1927, p. 406).
- BEZANÇON (F.) et BRAUN (P.). — « Granulation tuberculeuse et tubercule miliaire ». (*Rev. de la Tuberc.*, t. IX, juin 1928, pp. 429-439).
- BEZANÇON (F.) et DELARUE (J.). — « Etat actuel du problème des granulies », *La Médecine*, mai 1930.
- BIDOIRE. — « Granulie des poumons chez une accouchée ». *Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 7 janvier 1935.
- BLASCO J.M. et OLMOS R.R. — « Pseudo-granulie circulatoire ». Considération sur l'image radiographique de type miliaire. *Revista española de tuberculosis*, octobre 1935, 7^e année, n° 50, pp. 613-629.
- BLESCHMIDT (J.), PERLMANS (H.) et COHEN (L.). — « Acute disseminated broncho pneumonia simulating acute military tuberculosis ». (*Medical Journal and Record.*, vol. CXXIII, n° 3, 3 février 1926, p. 174).

- BONANNI G. — « Tuberculose aiguë miliaire du pharynx (forme d'Isambert), suivie de tuberculose pulmonaire miliaire ». *Riv. d. Pat. e Clin. d. Tub.*, 31 mai 1937, t. XV, f. 5, pp. 371-381, 2 radios.
- BOUCHUT. — « De l'hyperesthésie thoracique dans ses rapports avec la tuberculose aiguë ». (*Gaz. des Hôpitaux*, 1875).
- BOURGEOIS. — « La Granulie ». *Science Médicale Pratique*, décembre 1930.
- BRESSY. — « Tuberculisation pulmonaire aiguë à forme suffocante ». (*Gaz. Hebdom.*, 1868).
- BROCHIN. — « De la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée ». (*Gaz. des Hôp.*, 1875).
- BRULÉ, HUGUENIN et FOULON. — « Un cas de pseudo-granulie subaiguë ». *Archives Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, sept. 1929, t. IV, n° 5.
- CAIN et HILLEMAND. — « La tuberculose de primo-infection chez l'adulte ». *Ann. de Méd.*, t. XII, 1923).
- CANTAGRILL M. — « Granulies pulmonaires et opacités granuleuses ». (*Gazette des hôp.*, 8 mai 1937, 110^e année, n° 37).
- CARDIS F. — *Revue Médicale de la Suisse romande*, avril 1925 et juin 1925.
- CASTAIGNE J. et PAILLARD H. — « Les maladies des poumons et des bronches », Poinat, éd., Paris 1913, p. 86-91.
- CHARCOT, in Laveran. — « Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë », 1873.
- CHATELIER et GADRAT. — « Sur les lésions pulmonaires dans la maladie de Besnier-Boeck ».
- CHRISTY. — « De la tuberculose aiguë à forme asphyxique ». *Thèse de Paris*, 1876.
- CLAUDE. — « Asphyxie tuberculeuse aiguë ». *Thèse de Paris*, 1921, L. Arnette, édit.
- COURGOUX et FAY. — « Image d'apparence granulique ; tuberculose granuleuse ? Troubles pulmonaires graves, guérison ». *Revue de la Tuberculose*, avril 1938, 5^e série, t. IV, n° 4, p. 468.
- COURCOUX. — « A propos de la granulie ». *Revue de la tuberculose*, 1930.
- COURMONT (Paul). — « Les bases expérimentales des réactions d'allergie dans la tuberculose ». (Rapp. au VI^e Congrès national de la tuberculose. Lyon 11-14, avril 1927, in *Rev. de la Tub.*, 3^e série, t. VIII, 1927, p. 145).
- DEBRAY J. — « Tuberculose pulmonaire suraiguë de l'enfant ». *Rev. de la tuberc.*, 3^e série, t. VI, 1925, p. 524.
- DECLoux et RIBADEAU-DUMAS. — « Diagnostic radiologique de la

- granulie pulmonaire ». (*Bull. et Mein. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, t. XXXV, 1973, p. 581, séance du 7 mars.
- DEJEAN Ch. — *Revue de la Tub.*, n° 2, 1934.
- DELARUE J. — « Les formes anatomo-cliniques des granulies pulmonaires ». *Thèse Paris*, 1930.
- DELARUE. — « La Granulie », *thèse Paris*, 1929.
- DUMITRESCO Théodore. — « Epithelioma à caractère squirrheux de l'estomac suivi d'un cancer aigu généralisé (carcinose miliaire aiguë) simulant cliniquement une granulie ». *Soc. méd. des hôp.*, 21 juin 1935, n° 25, p. 1241.
- GIRAUD. — « La tuberculose à foyers micronodulaires disséminés et la conception moderne de la granulie ». *Le monde médical*, 1^{er} février 1932.
- « Précis de Phtisiologie », édition refondue par F. Cardis. G. Doin et Cie, éd. Paris, 1942, p. 204-211.
- HARBITZ F. — « Tuberculose miliaire aiguë atypique ». *Acta Tub. scand.*, 1936, n° 1, pp. 59-66.
- HÉRARD H., CORNIL V. et HANOT V. — « La phtisie pulmonaire », 2^e éd., 1888, F. Alcan, édit.
- HUEBSCHMANN et ARNOLD. — « Beitrage zur pathologischen Anatomie der Miliartuberkulose ». (*Virchow's Archiv.*, N° 249, pp. 165 à 216, 1924).
- JACCOUD. — « Granulose suffocante ». (*Leçons de clinique médicale*, 1888, 5^e leçon).
- JACOB P. — « Granulie aiguë post-partum consécutive à une tuberculose caséreuse des trompes restée latente ». *Revue de la Tuberc.*, mai 1938, 5^e série, t. IV, n° 5, p. 502.
- JACOB P., LEBLOIS et MAYER C. — « Lymphogranulomatose maligne à début pulmonaire, excavation du foyer pulmonaire et formation d'une caverne granulomato-tuberculeuse, mort par tuberculose miliaire ». *Bull. M. Soc. Hôp. Paris*, mars 1937, n° 7, pp. 258-268, 2 fig.
- JOUSSET (André). — « La Granulie » (*Le Monde médical*, N° 676, 15 octobre 1925).
- KORTEWEG et LOFFLER. — « Allergie, Primäraffekte und Miliartuberkulose. Nach experimentellen untersuchungen am Meerschweinschen ». (*Frankf Zeitsh f. Path.* Bd 31 1925).
- LALBEA J. VALDES. — « La guérison par résolution des granulies pulmonaires ». *Revista medica de Barcelona*, mars 1938, n° 111.
- LANGERON et JEANNIN. — « Granulie pulmonaire sans signes d'auscultation, révélée par la radiographie et la recherche du bacille de Koch dans le sang ». (*Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*, 17 fév. 1926).

- LAYDEKER. — « Considérations sur la symptomatologie et le diagnostic de la tuberculose aiguë à forme typhoïde ». *Thèse de Paris* 1876.
- LEMIERRE A. et AMEUILLE P. — « Granulie consécutive à l'injection intra-veineuse volontaire d'une émulsion de bacilles de Koch ». *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 18 février 1938, t. L IV n° 7 pp 286-296, 3 fig.
- LE PAGE V. — « A propos d'un cas de granulie pulmonaire ». *Centre médic.* Oct. 1937, t. XLIII n° 10, pp. 205-207.
- LETULLE et BEZANCON. — « Granulation tuberculeuse et tuberculose miliaire ». *Presse médicale*, sept. 1922.
- LEUDET E. — « De la phthisie aiguë ». *Thèse de Paris*, 1851.
- LI.BERNEISTER G. — « Nouvelles observations sur la tuberculose miliaire ». *Méd. Welt*, 13 mars 1937 t II n° 11 pp 354-355.
- LLAMBIAS, MAININI et d'AMATO W. — « Tuberculose miliaire et pneumonie catarrhale. Absès froid post et intra coracoidien. Mort par œdème glottique ». *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 44^e année, n° 12, 5 avril 1928, p. 584.
- LOESCHCKE H. — « Sur la question des poussées dans les tuberculoses miliaires ». *Beitrz-Klin d. Tub.* 22 juillet 1927 t X Cf 1/2 pp 154-164.
- MATTEI Charles. — « Feuilletés cliniques ». Masson et Cie éd. Paris 1942, p. 254-526.
- MENETRIER et LEGRAIN. — « Infections aiguës simultanées, pneumococcique et tuberculeuse. Hépatisation pneumococcique et granulie ». *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 8 nov. 1912, p. 436.
- MOLLARD H. et DURET M. — « Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire ». *Encyclopédie méd. chir. Poumons* 2^e éd. 6. 1938.
- MOURIQUAND, BERNHEIM et PUIG. — « La phase radiographique de la granulie pulmonaire chez l'enfant ». *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 5 juin 1928.
- MOURIQUAND G., WEILL et VINCENT. — « Granulie pulmonaire refroidie. Valeur pronostique de la cuti réaction ». *Lyon Méd.* 13 juin 1937 n° 24 pp 676-678.
- MOURIQUAND G., Mlle WEILL et VINCENT M. — « Granulie pulmonaire refroidie. Valeur pronostique de la cuti-réaction ». *Pédiatrie*, août 1937 t XXVI n° 8 pp 184-185.
- NAGEL A. — « Lymphogranulome pendant douze ans. Mort de tuberculose généralisée ». *Beitrz Z Klin d Tub.* 18 février 1937, t XXIX, f 2 pp 176-180. fig.
- PAUTRIER L.M. — « Les lésions granuliques pulmonaires de la maladie de Besnier Boeck ; difficulté d'interprétation des

- images radiologiques micro-nodulaire ». *Soc. Méd. des Hôp de Paris*, 2 nov. 1934 n° 28 p. 1409.
- POURSINE Y. et JOUVE A. — « Forme mentale d'une granulie tuberculeuse ». *Marseille Méd.* 25 nov. 1933, n° 33.
- PRATSICAS André. — « Les rapports de la tuberculose granulique avec le purpura hémorragique. A propos de quatre cas avec autopsie ». *Revue de la Tub.* 3^e série t V, 1924, p. 642.
- RIBADEAU-DUMAS et NETTER Alb. — « Les lésions micro-nodulaires du poumon chez les nourrissons ». *Archives de Méd. des enfants*, 1935, n° 1.
- RIST E. — « Quelques réflexions à propos de deux cas de tuberculose miliaire curable ». *Bull. M. Soc. Hôp. Paris*, 8 nov. 1937, t L III, n° 28 pp 1265-1273.
- SERGEANT, COTTENOT et POUMEAU DELILLE. — « Les images en maille de filet ». *Presse Médicale*, décembre 1934.
- SERINGE P. — « Granulie ». *Gaz. Méd. France*, 1^{er} juin 1937, t XLIV, n° 11 pp 525-535.
- SIMON et ABEL. — « Granulie consécutive à une tuberculose génitale. Tuberculose latente des capsules surrénales ». *Soc. de Méd. de Nancy*, 11-25 juillet 1923.
- STANKIEWICZ. — « Diagnostic de la granulie aiguë chez les enfants ». (*Archiv. de Méd. des Enfants*, nov. 1926, p. 632).
- TOOKE F. — « Tuberculose de la choroïde associée à une tuberculose miliaire généralisée ». *Brit. journ. opht*, janv. 1936, p. 23.
- VESTEA (D. DI). — « Infection miliaire aiguë du pharynx ». *Val-salva* IV pp 277-285, juin 1928.
- VIDELA C.A. — « Anévrysme de l'aorte thoracique et granulie tuberculeuse ». *Revista de la asociacion medica argentina*, août 1935, t XLIX n° 349, pp 1082-1085.
- WAREMBOURG H. — « La granulie aiguë curable. Evolution générale des problèmes des granulies ». *Le Progrès Médical*, 13 février 1937, n° 7.
-

Table des Matières

Définition	13
Evolution des Idées	15
Les Observations	17
Circonstances d'apparition	31
Début	33
Séméiologie	35
Formes cliniques	39
Considérations sur l'étude radiologique	47
Conclusions	51
Bibliographie	53

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

